FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André LIMAL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Auxerre (Yonne), le 14 Mai 1900

TROIS OBSERVATIONS

DE

Fistules latérales congénitales du cou

Président de thèse : M. le Professeur SÉBILEAU

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

MANUSCRIT

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic^le.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgic^le
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgic^le.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic^le.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgic^le
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgic^le
MONDOR	Pathologie chirurgic^le
MOURE	Pathologie chirurgic^le
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON.	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

M.	
RETTERER	Histologie.

66807

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrête que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PERE, A MA MERE

A MA GRAND-MERE

A MES FRERES ET SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Commandeur de la Légion d'Honneur.

A qui ce travail appartient.
Témoignage de ma très vive et
très respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS:

Monsieur le Docteur DUJARIER;
Monsieur le Professeur RATHERY;
Monsieur le Docteur RIBIERRE;
Monsieur le Professeur LEGUEU;
Monsieur le Docteur PROUST;
Monsieur le Docteur JOUSSET;
Monsieur le Docteur LAPOINTE;
Monsieur le Docteur CONTE.

INTRODUCTION

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis de refaire à grands traits le chapitre des fistules congénitales du cou, tel qu'il ressort des travaux contemporains.

Il était classique de diviser ces fistules en variétés latérales et variétés médianes. Ou bien, essayant de prendre un repère anatomique précis, en l'occurence l'os hyoïde, on décrivait des fistules sus-hyoïdiennes et des fistules sous-hyoïdiennes ; ces dernières pouvaient être latérales ou médianes, et on revenait ainsi à la classification précédente.

En 1920, M. Maufrais, élève du Prof. Ombrédanne, décrit dans sa thèse une nouvelle variété de fistules congénitales : les fistules médianes superficielles ou mento-sternales.

Il semble donc que la classification actuelle des fistules congénitales du cou puisse s'établir en décrivant trois variétés de ces formations :

1° Des fistules latérales liées au développement du système branchial;

2° Des fistules médianes profondes dérivant du canal thyréo-glosse de His;

3° Enfin des fistules médianes superficielles, qui seraient dues à un enclavement ectodermique au niveau du carrefour mentonnier.

Cette classification, tenant compte à la fois de la situation anatomique et de l'origine embryologique de ces fistules, semble ressortir de leur description.

Les fistules médianes superficielles ou mento-sternales, siègent sur la ligne médiane antérieure du cou; elles sont situées superficiellement sans présenter aucun rapport avec les plans aponévrotiques sous-jacents. Leur aspect morphologique est le suivant : « Fistule allongée, reliée au menton et au manubrium sternal par des tractus fibreux, ouverte en avant vers sa partie moyenne. Cette zone, ouverte en avant, a l'aspect d'une plaque suintante exstrophique ou bien déjà cicatrisée. » (Maufrais). Il existe souvent des anomalies osseuses au niveau du point d'attache des brides sur le maxillaire inférieur. Ces formations, revêtues de tissu pavimenteux stratifié à type cutané, dériveraient embryologiquement d'un enclavement ectodermique au niveau du carrefour mentonnier ; l'ébauche fistulaire est attirée dans la suite en haut et en bas par la déflexion de la tête et par la descente de la masse cardio-péricardique.

Les fistules médianes profondes se présentent tout à fait différemment : il s'agit ici de formations presque d'emblée sous-aponévrotiques, puisqu'elles sont dues à la persistance totale ou partielle du canal

thyréo-glosse. Cet organe relie la base de la langue au corps thyroïde; on a donné à sa partie supérieure le nom de canal de Morgagni ou de Bochdaleck. Chez la plupart des sujets il en persiste quelques vestiges fibreux. Cette formation, lorsqu'elle est complète, part du foramen cæcum, descend dans le septum médian de la langue, puis dans la membrane hyoglossienne pour aboutir au bord supérieur de l'os hyoïde, passer le plus souvent en arrière de cet os et gagner l'isthme thyroïdien par l'intermédiaire de la pyramide de Lalouette. Pratiquement, il est très difficile de poursuivre le canal thyréoglosse au-dessus de l'os hyoïde avec lequel il contracte des adhérences; son volume est fort réduit, et il se perd au milieu des fibres musculaires. His avait bien remarqué ce fait, lui qui décrivit d'abord un « ductus », canal thyréo-glosse et le débaptisa pour en faire un simple tractus. Il n'est nettement perceptible qu'à l'état de kyste, car entre l'infection du conduit et sa fistulisation, il y a presque toujours un stade intermédiaire kystique : on ne connaît de façon certaine que deux ou trois cas de fistules thyréoglosses primitives. Ces fistules, toujours uniques à cause de leur origine, possèdent souvent des diverticules qui constituent une cause fréquente de récidive.

Il nous reste maintenant à décrire les fistules latérales, bien différentes des précédentes, car si leur orifice externe peut être para-médian, à la base du cou, elles s'éloignent des variétés médianes par l'ensemble de leurs caractères anatomiques et pathogéniques.

ANATOMIE

Ici encore peut préexister un kyste dermoïde ou mucoïde, qui s'ouvrira ensuite à la peau. Mais, ordinairement, l'enfant naît avec sa fistule.

Celle-ci peut être une fistule du pavillon de l'oreille, toujours borgne externe et peu profonde ; cette malformation est très peu fréquente, de même que la variété sus-hyoïdienne dont M. Cauchoix a rapporté récemment un beau cas personnel.

Mais la fistule branchiale classique est constituée par la variété sous-hyoïdienne. Dans sa forme habituelle, et lorsqu'elle est complète, cette formation s'étend du pharynx à la région antérieure du cou. Elle présente un orifice cutané extrêmement petit, à peine visible, situé sur le bord antérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. Au-dessus de l'orifice le trajet se dilate brusquement, puis, sous la forme d'un cordon de la grosseur d'une plume d'oie, il traverse l'aponévrose cervicale superficielle et se dirige vers l'os hyoïde en faisant, avec le sterno-cléïdo-mastoïdien, un angle aigu. Le trajet s'enfonce de plus en plus, passe sous l'os hyoïde, traverse le plan des constric-

teurs et va s'ouvrir à la région pharyngée au niveau de la fosse amygdalienne.

Mais ce schéma classique n'est pas immuable, et ses divers éléments présentent de nombreuses variations.

D'abord, la fistule peut être incomplète, qu'elle soit borgne externe ou borgne interne. Il est quelquefois très malaisé de savoir si une fistule est borgne externe ou complète : l'orifice interne est le plus souvent impossible à apercevoir et, si on essaye de cathétériser le trajet, un coude fréquent au niveau de l'os hyoïde empêche la pénétration de l'instrument. Cette communication avec le pharynx est d'autant plus difficile à établir que toute investigation dans ce sens peut rendre perméable un trajet qui ne l'était pas jusqu'alors. His n'admettait qu'un tout petit nombre de fistules complètes, mais depuis lors il en a été publié de nombreuses observations.

La fistule borgne interne explique certains cas de diverticules pharyngiens : on la diagnostique beaucoup plus rarement que les variétés précédentes.

Si l'ensemble du trajet fistuleux peut varier, il en va de même pour ses différents éléments.

L'orifice externe présente les plus grandes variations : le seul élément de fixité est constitué par le bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, le long duquel on le trouve généralement ; mais la fistule peut déboucher dans toute l'étendue du champ mésobranchial, c'est-à-dire l'espace compris entre les bords antérieurs des muscles sterno-cléïdo-mastoï-

diens, l'os hyoïde et le bord supérieur du manubrium sternal. Nous verrons quelle importance prend cette localisation au point de vue embryologique. La fine cicatrice, au fond de laquelle se cache le petit pertuis de la fistule, peut quelquefois être plus apparente, et même constituer une petite élevure. C'est habituellement le seul signe visible de la fistule.

L'orifice interne a une topographie beaucoup plus constante : il est situé dans la fosse amydalienne ou dans la région immédiatement avoisinante.

L'étude des rapports du trajet fistuleux est dominée par ce fait qu'il est en connexion intime avec l'os hyoïde, présentant souvent des adhérences avec lui et le sous-croisant entre la grande corne et la petite corne. Il entre en rapport avec certains éléments du paquet vasculo-nerveux du cou : d'après le schéma classique de Watson, il passe entre les deux carotides, croise les nerfs grand-hypoglosse et glosso-pharyngien en dedans de lui, tandis qu'il est croisé en dehors par le nerf facial.

Mais ces rapports sont variables, et nous verrons quelle importance pathogénique présentent leurs modifications.

L'examen histologique d'une coupe transversale de la fistule permet de reconnaître les différents éléments qui la composent. La lumière est revêtue d'un épithélium qui peut être de type pavimenteux stratifié ou de type cylindrique. Dans ce dernier cas, on peut observer des cellules munies de cils vibratiles. Ces deux épithéliums, de nature si différente, peuvent

coexister dans le même trajet. Sous l'épithélium, on trouve une gaîne de tissu conjonctif fibreux. Enfin, la couche la plus externe est formée de fibres musculaires striées longitudinales, recouvertes parfois d'une couche de fibres circulaires.

Dans le manchon conjonctif il existe constamment des formations lymphoïdes, constituées par des amas lymphoïdes à centre clair. L'abondance de ces îlots, dans une observation rapportée par Broca, avait fait dire à cet auteur qu'il pouvait s'agir là d'une inclusion amygdalienne, à cause de l'identité de structure des tissus : il rejetait ainsi l'origine branchiale d'une telle fistule.

On a signalé d'autres éléments disséminés dans les différents tissus : des cellules à mucus, des îlots cartilagineux aberrants.

PATHOGENIE

L'apparition de telles malformations, leur développement, leur constitution, ont été l'origine de très nombreuses recherches. Nous verrons que malgré la multiplicité des travaux, on n'a pu élaborer une théorie pathogénique satisfaisante de ces fistules latérales congénitales, dites « fistules branchiales ».

C'est Rathke qui, le premier, établit vers 1830 l'existence de l'appareil branchial chez l'homme. Ascherson, en 1832, fit un rapprochement entre cet appareil branchial et les fistules latérales congénitales; il faisait jouer le principal rôle à la deuxième fente branchiale.

En 1861, Heusinger décrivit quatre espèces de fistules correspondant aux quatre fentes branchiales, et cette théorie prévalut longtemps, mais fut remplacée vers 1890 par celle de Rabl.

A cette époque, His fut le premier auteur qui nia l'existence de véritables fentes branchiales : il n'existe, à la surface de l'embryon, que des sillons correspondant à des poches branchiales sous-jacentes. His montra que les fistules branchiales s'ouvrent dans le sinus præcervicalis et sont, par conséquent, borgnes externes. Pour qu'il y ait communication avec le pharynx, il faut que le processus de perfora-

tion porte aussi sur les lames biépithéliales, toujours très minces, qui séparent le sillon branchial externe de la poche branchiale sous-jacente.

L'importance de la deuxième fente fut soulignée par Rabl, qui montra l'énorme développement du deuxième arc par rapport aux autres : le deuxèime sillon branchial est ainsi considérablement modifié, et il peut en résulter la formation d'un long canal, le canal de Rabl.

Kostanecki et Mielecki voulurent donner, par leur statistique, une confirmation à la théorie de Babl en montrant la fixité de l'orifice interne, toujours au niveau de la fossette sous-amygdalienne constituée embryologiquement par la partie la plus interne du deuxième arc.

Enfin, vers 1910, Wenglowsky produisit de très nombreux travaux, qui tendent à démontrer que les fistules latérales du cou sont dues à la persistance anormale du canal thymo-pharyngien.

Le thymus naît de l'évagination de l'épithélium entodermique de la troisième poche branchiale, descend dans le cou et se libère progressivement de ses connexions avec la paroi pharyngée. A une certaine époque de la vie embryonnaire, Wenglowsky a pu reconnaître l'orifice du canal thymo-pharyngien au niveau du repli pharyngo-palatin, c'est-à-dire du futur pilier postérieur. Plusieurs auteurs, et entre autres Jalaguier, ont rapporté des observations de fistules dont l'orifice interne s'ouvrait au niveau du pilier postérieur. Ce fut là le premier argument de

Wenglowsky pour soutenir l'origine thymique des fistules latérales du cou : la théorie branchiale ne peut expliquer ce fait, car le pilier postérieur dérive du troisième arc branchial, non du deuxième. De même, cette théorie n'explique pas la présence de l'orifice externe dans la région sous-hyoïdienne, en dehors du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien : c'est la région mésobranchiale qui ne présente avec l'ensemble de l'appareil branchial aucun rapport embryogénique.

Les rapports du trajet avec les vaisseaux et les nerfs du cou ne sont pas constants. De nombreuses observations ont relaté que la fistule, au lieu de passer entre les carotides, comme dans le schéma classique, peut rester en avant de ces deux vaisseaux. Or, la carotide externe dérive du deuxième arc et la carotide interne du troisième. Il en va de même pour les rapports avec les nerfs qui dérivent des arcs branchiaux.

Enfin, Wenglowsky tire un dernier argument de la structure histologique du conduit. La théorie branchiale explique fort bien certaines variétés de fistules qui présentent de l'épithélium pavimenteux stratifié dans leur partie externe, cutanée, et de l'épithélium cylindrique dans leur partie interne : celui-ci, d'origine entodermique, dérivant de la poche branchiale, celui-là, d'origine ectodermique, formé au niveau du sinus præcervicalis. Mais nous avons vu que la répartition de ces épithéliums était très variable ; dans certains cas, la totalité du trajet est tapissée d'épithélium cylindrique vibratile : MM. Jacques et Aubriot en ont

apporté une preuve récente. La théorie branchiale ne peut nous fournir d'explications à ce sujet. Wenglowsky, reconnaissant à ces fistules une origine entodermique, justifie la présence de tissu pavimenteux stratifié par une métaplasie de l'épithélium cylindrique primitif : en effet, un tissu pavimenteux stratifié qui ne possède ni couche cornée ni glandes annexes, peut être aussi bien d'origine entodermique que d'origine ectodermique.

Depuis l'apparition des travaux de Wenglowsky, la théorie branchiale et la théorie thymique ont gardé chacune leurs partisans, mais il semble qu'à l'heure actuelle, tant en France qu'à l'étranger, un mouvement se dessine en faveur de cette théorie qui fait dériver les fistules latérales de la persistance du canal thymo-pharyngien : seraient seules considérées comme fistules branchiales les fistules sus-hyoïdiennes s'accompagnant d'une malformation du pavillon de l'oreille.

La tendance contemporaine est bien indiquée par cet auteur italien, dont les conclusions au sujet de quatre observations recueillies par lui, sont les suivantes : une fistule serait due à la persistance du canal du thymus, car l'examen microscopique a décelé la présence de formations semblables aux corpuscules de Hassal; une autre fistule proviendrait du cartilage du quatrième arc branchial; enfin l'auteur ne peut conclure pour les deux dernières observations (Luigi Baccarini. *Archives italiennes de Chirurgie,* 1924).

ETUDE CLINIQUE

Nous aborderons rapidement ce chapitre, bien établi depuis longtemps par les auteurs classiques.

L'étiologie des fistules latérales du cou est obscure : on ne peut que signaler la présence de fistules chez plusieurs membres de la même famille; ou bien leur coexistence avec d'autres malformations telles que kystes dermoïdes ou mucoïdes.

A l'état de repos la symptomatologie est très réduite. Un orifice externe très discret, l'écoulement intermittent de quelques gouttes d'un liquide clair et filant, l'absence de signes subjectifs, laissent quelquefois le sujet ignorant de la fistule dont il est porteur. On a signalé des cas où l'écoulement était si abondant qu'on avait porté le diagnostic de fistule salivaire. Cet écoulement peut augmenter au moment des repas, ou encore pendant les époques menstruelles.

Parfois le tableau change : à n'importe quelle période de la vie des phénomènes inflammatoires

peuvent apparaître sans cause bien déterminée. On observe alors de la douleur, un écoulement de pus par l'orifice externe et par l'orifice interne, et d'une façon à peu près constante des phénomènes dysphagiques marqués : c'est à ce moment que le malade vient consulter.

Sauf dans le cas de fistule borgne interne, le diagnostic est généralement facile à poser.

Malgré le peu de tendance à la guérison spontanée, le pronostic est bénin, de telles malformations ne causant à leurs porteurs qu'un préjudice purement esthétique. Le traitement peut être d'ordre médical ou d'ordre chirurgical; médicalement on essaye d'obtenir l'oblitération de la fistule ou au moins sa transformation en fistule borgne interne par des injections modificatrices ou par l'électrolyse. L'intervention chirurgicale comporte l'ablation radicale du trajet par différents procédés : nous signalerons le procédé de Broca qui pratique deux incisions, l'une au niveau de l'orifice externe, l'autre au niveau de l'angle de la mâchoire; dans la méthode allemande, après incision externe, on réalise au niveau du pharynx le retournement en doigt de gant de la partie supérieure du trajet. Mais ces méthodes ne sont pas toujours applicables.

Les auteurs modernes tendent à rejeter systématiquement le traitement médical : ils font ainsi table rase de nombreux cas de guérison rapportés dans la littérature. Il semble bien qu'avant toute intervention on doive tenter l'emploi des procédés médicaux.

Si cette thérapeutique n'entraîne pas toujours une guérison radicale, elle doit cependant suffire, dans de nombreux cas où la cessation de tout écoulement a pu être obtenue pendant de très longues périodes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mlle X..., 18 ans, étudiante.

Vient consulter dans le service le 13 mars 1926.

Antécédents. — Vers l'âge de 5 ans, l'enfant subit l'ablation des végétations adénoïdes. A part cette intervention, il n'existe pas d'antécédents personnels.

L'étude des antécédents héréditaires et collatéraux reste négative. La malade a une sœur bien portante.

Histoire de la maladie. — Il faut noter que la durée de la gestation a été de 295 jours, en comptant suivant le mode habituel ; si l'on n'admet pas l'existence de grossesses prolongées, il semble cependant s'agir ici d'un accouchement retardé. Quelques jours après la naissance, le docteur X..., père de l'enfant, constate à la base du cou l'existence d'une petite cicatrice, large d'un millimètre, ombiliquée, adhérente à la profondeur, sans orifice visible. Dans les mois qui ont suivi, cette cicatrice était le siège d'une rougeur persistante prise pour un point d'eczéma, mais qui, ne disparaissant pas, a été reconnue pour le vestige d'une fente branchiale. Aucun canal n'était perceptible à la palpation. La rougeur a disparu vers l'âge de 6 mois.

Jusqu'à la 17e année aucun phénomène anormal n'est à signaler. La cicatrice reste parfaite, paraissant seulement plus adhérente dans la profondeur. Il y a six mois environ (octobre

1925), un très léger suintement louche, séreux, apparaît au niveau de la cicatrice. Un peu d'expression le fait disparaître et, à cette occasion, on constate par la palpation l'amorce d'un canal long d'environ 2 centimètres.

Les accidents actuels débutent le 3 mars 1926 par de la rougeur autour de l'orifice externe, de la démangeaison et une certaine sensation de gêne.

Le lendemain il existe une douleur assez vive dans toute la région latérale du cou, douleur simulant le torticolis et irradiant vers le dos. En même temps un écoulement de pus blanc, bien lié, se produit au niveau de la cicatrice.

Le 5 mars, de nouveaux phénomènes algiques apparaissent au niveau du pharynx du côté droit : on remarque le gonflement du pilier postérieur et, au niveau de ce pilier, l'apparition d'une goutte de pus blanc. La palpation permet alors de percevoir le canal d'un bout à l'autre : on le vide par en haut et par en bas, mais très modérément, car cette expression est douloureuse.

L'examen bactériologique du pus donne les résultats suivants :

« Coloration au bleu. Nombreux microbes banaux de la salive (Cocci, bâtonnets, spirilles, tétragènes, diplocoques en grains de café). — Quelques polynucléaires et grandes cellules de desquamation.

Le Gramm et le Ziehl ne donnent pas de renseignements intéressants. »

Le 6 mars, la suppuration par les deux orifices est moins abondante : par contre la partie moyenne reste gonflée.

Le jour suivant la suppuration cesse à l'orifice supérieur et persiste à peine, sous forme d'un écoulement séreux, à l'orifice inférieur.

Mais le canal grossit de plus en plus. Les ganglions jugulaires sont légèrement engorgés, douloureux. Des phénomènes généraux apparaissent : la température, qui était de quelques dixièmes au-dessus de 37°, s'élève jusqu'à 38°.

Devant la persistance des symptômes et la dureté du canal, la malade vient consulter à l'hôpital le 13 mars.

M. le professeur Sébileau pratique immédiatement le cathétérisme du conduit : il introduit un stylet de bas en haut dans le canal et chasse devant lui une assez grande quantité de pus qui sort alors dans le pilier postérieur. Le soulagement est immédiat ; la température tombe. Le lendemain et les jours suivants on vide le canal par expression.

Examen. — Il devient alors possible de pratiquer un examen plus détaillé. L'orifice externe se trouve exactement le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à 1 centimètre au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Il a l'aspect d'une petite tache rosée : le pertuis en est si étroit qu'il n'est pas toujours facile d'y faire pénétrer une aiguille fine. Au-dessus de l'orifice on peut palper un trajet de la grosseur d'un crayon qui remonte jusqu'à l'os hyoïde.

L'orifice interne n'est pas visible, mais il a pu être situé exactement, grâce à une injection de sérum poussée à l'aide d'une seringue d'Anel et d'une aiguille courbe : on peut voir très nettement le liquide sourdre en plein pilier postérieur, à l'endroit où commence l'épanouissement de ses fibres.

L'examen somatique ne donne aucun résultat : Mlle X... offre toute l'apparence d'une belle santé.

Pour compléter l'examen, M. le professeur Sébileau injecte quelques centimètres cubes de lipiodol dans le trajet et fait pratiquer les radiographies de face et de profil. Nous en publions les clichés en faisant remarquer sur l'image de profil le bec que forme la partie supérieure du trajet au moment où il vient déboucher dans le pharynx. Notons encore la répartition irrégulière de la substance opaque qui nous montre que la paroi interne n'est pas uniforme.

Une légère sécrétion ayant reparu au bout de quelques jours, le lipiodol une fois éliminé, on commence à pratiquer une injection modificatrice de liquide de Morestin (parties égales de formol, alcool et glycérine); on emploie une solution

diluée au quart. Maisl a sécrétion disparaît complètement et n'a pas reparu depuis. Actuellement la fistule semble cicatrisée et Mlle X... va tout à fait bien depuis deux mois.

OBSERVATION II

Mlle R... Marcelle, 18 ans, employée.

Entrée le 24 mars 1922 ; sortie le 13 avril 1922.

Examen. — A 1 cm. au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, sur le bord antérieur du st.-cl.-mast., une croutelle recouvrant une ulcération. A la palpation on sent un cordon noueux dur, remontant le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Par la fistule s'écoule un liquide séro-purulent.

Cette fistule date de la naissance.

Opération. — Le 28 mars 1922.

M. le professeur Sébileau - M. Winter. Anesthésie au chloroforme.

Double incision elliptique le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, englobant l'orifice de la fistule.

On décolle progressivement de bas en haut un trajet fibreux, de la grosseur du petit doigt, remontant vers l'angle du maxillaire inférieur. On prolonge l'incision vers le haut. Le trajet est compris entre le plan vasculaire en arrière, le plan musculaire sous-hyoïdien en avant et le st.-cl.-mast. en dehors; il passe en dedans du digastrique; il laisse en dedans de lui la XII et paraît se diriger derrière le plan bicarotidien vers la partie haute de la paroi pharyngée. — Une artère de petit calibre saigne dans l'angle supérieur de la plaie (pharyngienne ascendante ou occipitale). On laisse sur elle trois pinces à demeure.

Suture incomplète des plans superficiels aux crins.

Noter qu'on trouve en détamponnant la malade un peu de sang sur le tampon pharyngé le plus profond.

L'examen histologique d'une coupe du conduit a montré la structure histologique habituelle : gangue fibreuse tapissée d'un épithélium tantôt cylindrique, tantôt pavimenteux stratifié; nombreux amas lymphoïdes; couche externe musculaire.

15 mai 1926. — Nous n'avons pu revoir la malade, mais nous avons appris qu'elle se portait bien et qu'elle s'était mariée depuis l'opération.

OBSERVATION III

B... Isaure, 56 ans, ménagère.

Entrée le 21 juin 1920 ; sortie le 11 juillet 1920.

Femme de 56 ans atteinte d'une petite fistule congénitale de la région de l'extrémité interne de la clavicule droite. L'orifice externe est resté toujours à l'état de simple orifice non suppuré.

Il y a 3 mois, infection de la fistule et suppuration assez abondante. La malade a été traitée par des lavages antiseptiques (dans une clinique sans médecin, au dire de la malade. On aurait d'abord exigé d'elle qu'elle allât trouver un médecin de quartier). La solution injectée passait dans le conduit œsophagien.

Un cathétérisme du conduit est pratiqué dans le service. Le trajet remonte en haut et en dehors. Il ne peut être suivi jusqu'au bout.

Opération le 28 juin par M. le professeur Sébileau (Anesthésie chloroformique) :

Incision verticale, latéro-cervicale, après exploration du trajet fistuleux et mise en place d'une sonde exploratrice.

A la dissection on trouve à la partie inférieure, cutanée, une petite dilatation ampullaire, et, au-dessus, un cordon gros comme une plume d'oie, de coloration blanchâtre, souple, qui se dissèque des plans voisins avec une extrême facilité. Ce canal est situé en avant du bord antérieur du st.-cl.-mast., très superficiel ; il s'en écarte, constituant un

angle aigu ouvert en haut. A ce moment le trajet devient plus profond et va s'ouvrir dans la paroi pharyngée. Le trajet croise là le tronc veineux thyro-linguo-facial, le grand-hypoglosse et passe sous le ventre postérieur du digastrique.

On place un catgut, très haut sur le trajet fistuleux, attirant ainsi légèrement la paroi pharyngée qui s'évagine au dehors : section de ce trajet après ligature. — Suture des téguments.

15 mai 1926. — La malade est revue six ans après l'opération. Elle va très bien et, malgré son âge, continue à travailler. La cicatrice est parfaite, à peine visible, sans adhérences à la profondeur.

Il y a quelques mois, Mme B... a découvert par hasard chez sa sœur, âgée de 61 ans, l'existence d'une malformation semblable à la sienne, située du côté droit, et laissant couler un peu de liquide clair. Cette fistule a toujours existé, mais la femme n'y avait jamais attaché d'importance.

Ceci nous montre une fois de plus la bénignité d'une telle anomalie qui a pu exister pendant 60 ans en étant à peine perçue par le sujet qui en est porteur.

CONCLUSIONS

1° Il est impossible, à l'heure actuelle, d'attribuer une origine embryologique précise aux fistules latérales du cou.

2° Ces formations peuvent être liées au développement du système branchial ou à la persistance du canal thymo-pharyngien.

3° Il faut, par conséquent, réserver le terme de fistules branchiales et donner à l'ensemble de ses formations le nom de fistules latérales congénitales du cou.

4° Le traitement médical peut, dans un certain nombre de cas, amener la disparition de tout écoulement.

Vu Bon à imprimer
Le Président de Thèse,
SEBILEAU.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

ARROU. — Fist. cong. du cou. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1920, p. 263.

BROCA. — Un cas de fist. lat. du cou à structure amygdaloïde. *Arch. de Méd. expér. et d'Ana. path.*, Paris, 1914.

CAUCHOIX. — Les fistules congénitales du cou de variété sus-hyoïdienne à propos d'un cas personnel. *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, Paris, 1925.

CODET-BOISSE. — Fist. cong. du cou. *J. de Médecine de Bordeaux*, 1913, p. 266.

DORION. — *Thèse de Paris*, 1910-1911, N° 261.

GERMOND. — *Thèse de Paris*, 1901-1902, N° 448.

JACQUES et AUBRIOT. — Considérations sur un cas de fist. branchiale du cou. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, Paris, 1924.

KIRMISSON. — Fist. cong. du cou. *J. des Praticiens*, Paris, 1909.

LANTRON. — La fistulographie des trajets congénitaux. *J. de Radiolog. et d'Electrol.*, Paris, 1922.

MAUFRAIS. — *Thèse de Paris*, 1919-1920, N° 350.

MICHEL et VINCENTELL. — Fistule congénitale du cou. *Marseille Médical*, 1922.

OMBRÉDANNE. — *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 1920.

— *Traité de Chirurgie infantile.*

Rivet. — Fistule branchiale du cou avec dilatation kystique simulant un kyste branchial. *Gaz. méd. de Nantes*, 1910.

Simon, Stulz et Fontaine. — Les fistules et les kystes congénitaux de la région latérale du cou. *Arch. franco-belges de chirurgie*, Bruxelles, 1925.

Thomann. — *Thèse de Paris*, 1925, N° 229.

Frazer J.-E. — Branchial apparatus neck. *Brit. J. Surg.*, Bristal, 1923-1924.

Lilienthal. — Branchial fistula. *Ann. surg. Phila.*, 1922.

Lipschutz B. — Contribution to the study of fistulae and cysts of the neck. *Ann. surg. Phila.*, 1924.

His. — Uber den sinus praecervicalis und uber die Thymusanlage. *Arch. f. Anat. und phys. Anat. abtlg.*, 1886.

Levinger. — Angehorene seitliche Halsfistel. *Munchen. méd. Wchnschr.*, 1921, p. 304.

Nobe. — Zur Kasuistic und Thérapie der angehorenen seitlichen Halsfistel. *Deutsche Ztschr. f. Chir. Leipz.*, 1914, p. 348.

Baccarini. — Contributo allo studio delle cisti et delle fistole congeniti del callo. *Arch. ital. di chirur.*, Bologne, 1924.

Piola. — *Arch. ital. de chirur.*, Bologne, 1923.